

THEMEN DER ZEIT:

Wohin treiben die Kosten
im Krankenhaus?

Bevölkerungsrückgang
bis 1985:
Mehr als eine Million

WORLD MEDICAL
JOURNAL:

Ich und die Medizin

BEKANNTMACHUNGEN:

Gehaltstarifvertrag
für Arzthelferinnen

GESCHICHTE
DER MEDIZIN:

Höhenflüge
der Astronomie

REISE:

Den Vortritt hat die
Bärenlady

WIRTSCHAFT:

Wertpapiere:
Das Interesse privater
Anleger wächst wieder

AUTO:

Man kann ruhig mal
anstoßen

Wohin treiben die Kosten im Krankenhaus?

Das Davoser Chefarztseminar
im Zeichen der künftigen Krankenhausfinanzierung

Dr. phil. Hanns Meenzen

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz und die neue Bundespflegegesetzverordnung (Inkrafttreten: 1. 1. 1974) schaffen für alle Beteiligten – Benutzer, Ärzte, Krankenhaus-träger, Verwaltungen und Kostenträger – eine neue Situation. Ihrer Durchleuchtung war das Chefseminar des jüngsten Fortbildungskongresses in Davos gewidmet. Unter der Regie des Geschäftsführers des Chefarztverbandes, Dr. med. Jeute, referierten Dr. jur. O. Bauer (Verband der Leitenden Krankenhausärzte) über Bundespflegegesetzverordnung und die vorliegenden Entwürfe von Landesgesetzen zum Krankenhauswesen, Baron von der Recke (Infratest) und Privatdozent Dr. S. Eichhorn (Deutsches Krankenhausinstitut) über die Deutsche Krankenhausstudie und die damit einhergehende Erhebung über das Leistungspotential der Krankenhausmedizin Dr. E. Odenbach und Dipl.-Kaufmann P. Warnking (Marburger Bund) über aktuelle Fragen des ärztlichen Arbeitsrechts und Prokurist R. Lehming (Deutsche Krankenversicherungs-AG) über die Kostenentwicklung und Kostenbeeinflussung aus der Sicht der Privatpatienten.

Die Krankenhaussituation ist ab 1. Januar 1974 im wesentlichen durch folgende Tatsachen gekennzeichnet:

▷ Es gibt im Krankenhaus für alle Patienten nur noch einen einheitlichen Pflegesatz, der die Kosten aller Regelleistungen decken soll.

▷ Die Patienten haben das Recht, im Rahmen der dem Krankenhaus gegebenen Möglichkeiten, Unterbringung in Ein- oder Zweibettzimmern zu fordern, sofern sie die daraus resultierenden Mehrkosten zahlen.

▷ Mit dieser gesonderten Unterbringung ist eine privat(chef)ärztliche Behandlung prinzipiell nicht mehr gekoppelt, doch sehen etwa 95 Prozent der privatrechtlichen Verträge der Chefärzte dieses vor, so daß auf ihren Stationen die „Entkoppelung“ nicht Platz greifen muß.

▷ Nimmt ein Patient besondere Unterbringung in Anspruch, so kann er auch privat(chef)ärztliche Behandlung und Liquidation beanspruchen.

▷ Die Krankenhausträger können privat(chef)ärztliche Behandlung und Liquidation auch bei Patienten zulassen, ohne daß diese gesonderte Unterbringung gewählt haben.

▷ Die privat(chef)ärztliche Behandlung kann nur gebündelt in Anspruch genommen werden. Es

Kostentrend im Krankenhaus

müssen also auch die Leistungen der mitbehandelnden leitenden Krankenhausärzte von dem Patienten, der die zusätzliche ärztliche Behandlung wünscht, honoriert werden.

Liquidationsrecht und Privatbehandlung

Die große Frage ist, wie sich in dieser Situation die Krankenhauskosten entwickeln und ob diese für den Privatpatienten noch erschwinglich bleiben. In seiner Person, so führte Lehming in seinem Referat aus, treffen sich die Interessen der leitenden Krankenhausärzte und der privaten Krankenversicherung. Das Liquidationsrecht des Krankenhausarztes wird nur so lange überleben, wie der Patient gewillt ist, sich im Krankenhaus privatärztlich behandeln zu lassen. Sind die daraus resultierenden Kosten für die Gefahrgemeinschaft der privaten Krankenversicherung nicht mehr kalkulierbar und tragbar, so ist zu erwarten, daß der Patient auf die privatärztliche Behandlung verzichtet und sich mit der allgemeinen krankenhauserztlichen Behandlung begnügt, zumal diese medizinisch-naturwissenschaftlich nicht schlechter sein kann als die privatärztliche. Würden sich aber die Privatstationen leeren, weil mehr Privatpatienten auf den Status des bloßen Selbstzahlers gegenüber dem Krankenhaus ausweichen, so wäre das juristische Überleben der Chefarztverträge „keinen roten Heller mehr wert“.

Charakteristisch für das Krankenhaus ist eine Kostenentwicklung, die schon ohne Berücksichtigung der Privatliquidationen aus dem Rahmen der allgemeinen Gesundheitskostenentwicklung fällt. Setzt man mit Lehming alle Sachleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gleich 100, so kommen auf das Krankenhaus 1965 28,3 Prozent, 1970 30,0 Prozent, 1971 30,8 Prozent und 1975 voraussichtlich 33,9 Prozent. Absolut waren es 1971 6,86 Milliarden DM, zuzüglich 1,32 Milliarden DM der privaten

Krankenversicherung. Auf der Basis 1960 gleich 100 stiegen die Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung für ambulante ärztliche Versorgung bis 1970 auf 188, für Arzneimittel auf 269, für stationäre Behandlung auf 278. Die Pflegesätze dritter Pflegeklasse betragen in Universitätskliniken Nordrhein-Westfalens 1954 noch nicht einmal 10 DM (nämlich genau 9,75 DM) 1972 waren es 80,50 DM, also mehr als das Achtfache.

Versucht man diese Datenkette in die Zukunft zu verlängern, so fehlt es zwar an harten Fakten, einiges aber läßt sich schon jetzt voraussagen: Zwar spricht das Krankenhausfinanzierungsgesetz von „sozial tragbaren Pflegesätzen“, also davon, daß ihr Anstieg gedrosselt und durch „sparsame Wirtschaftsführung“ und deren „Nachprüfung“ kontrolliert werden sollen, doch ist gleichzeitig im Gesetz verankert, daß die Erlöse aus den Pflegesätzen die Selbstkosten decken müssen. Dieses Prinzip der vollen Kostendeckung ist bis Ende 1977 nur insofern außer Kraft gesetzt, als bis dahin zur Kostendeckung der Pflegesätze noch allgemeine Steuermittel herangezogen werden können.

Die Pflegesätze werden aber nicht nur wegen des Kostendeckungsprinzips steigen, sondern auch wegen der Assimilation der sogenannten Nebenkosten. Nebenkosten im heutigen Sinne wird es nicht mehr geben, nicht einmal für Operationen unter der Herz-Lungen-Maschine oder für Hämodialyse, auch nicht für Patienten der heutigen ersten und zweiten Pflegeklasse. Geseondert dürfen Nebenleistungen künftig nur noch mit Genehmigung der zuständigen Behörde berechnet werden, wenn sie bei der letzten Pflegesatzfestsetzung in einem Krankenhaus noch nicht angewandt wurde. Spätestens nach zwei, im Ausnahmefall nach vier Jahren müssen auch diese Nebenleistungen (etwa für neue Behandlungsmethoden und durch neue Apparate) in den allgemeinen oder besonderen Pflegesatz eingehen.

Relativ hohe Nebenkosten

Lehming machte deutlich, daß das, was in der Bundespflegesatzverordnung Nebenleistungen genannt wird, in Wirklichkeit die Hauptleistungen des Krankenhauses sind, ja daß wegen dieser Nebenleistungen Krankenhäuser überhaupt gebaut und gefördert werden. Die Nebenkosten betragen nach einer Stichprobe an einigen tausend Krankenhausrechnungen des Jahres 1969 in Bayern 57 Prozent und in Nordrhein-Westfalen 48 Prozent der berechneten Pflegesätze erster und zweiter Pflegeklasse. Die volle Integration dieser Nebenkosten in den allgemeinen Pflegesatz wird aber nicht zu einer linearen, sondern zu einer recht differenzierten Erhöhung der Pflegesätze führen, weil die Leistungskapazitäten der Krankenhäuser je nach Gruppeneinteilung außerordentlich unterschiedlich sind und infolgedessen der Anfall der Nebenkosten entsprechend differiert.

Stiegen die allgemeinen Pflegesätze der sogenannten S-Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen von 1954 bis 1972 wie erwähnt von 9,75 DM auf 80,50 DM, also um mehr als 800 Prozent, so diejenigen der A4-Krankenhäuser von 7,15 DM auf 30 DM, also nur auf 400 Prozent. 1954 lagen die Pflegesätze der Spitzengruppe nur 30 Prozent über den Sätzen der Schlußgruppe, 1972 waren es bereits 170 Prozent. Nun kostet aber die Intensivmedizin in Intensivstationen gut das Vierfache der durchschnittlichen stationären Behandlung. Schon deswegen werden Krankenhäuser mit größeren Intensivstationen einen weit höheren Pflegesatz fordern müssen als Krankenhäuser mit kleinen oder gar ohne Intensiveinheiten. Das gleiche gilt für Operationen am offenen Herzen oder offenen Gelenk, für Endoprothesen-Implantationen oder Organtransplantationen, kurz für die ganze aufwendige Spezialmedizin. Nach der Assimilation all dieser „Nebenkosten“ sieht Lehming voraus, daß die Pflegesätze der Gruppen 1 und 9 noch weiter auseinandertreten werden. Die Vor-

hut wird mit ihren Pflegesätzen nicht bloß bei 170, sondern bei 300 bis 400 Prozent über der Nachhut liegen. Kommen die Krankenhäuser der Gruppe 9 noch mit 100 DM aus, so brauchen die der Gruppe 1 bereits 400 DM, meint Lehming.

Folgen des vollpauschalieren Pflegesatzes

Von diesem Anstieg der Pflegesätze sind auch die Zuschläge für eine individuell gewählte Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer betroffen, obwohl die Qualität der Unterkunft nichts mit der medizinischen Leistungsfähigkeit des Krankenhauses zu tun hat. Trotzdem werden die Krankenhäuser der Gruppe 9 mit einem Pflegesatz von 100 DM einen Mindestzuschlag von 35 DM für das Einzelzimmer fordern, während die Häuser der Gruppe 1 mindestens 140 DM aufschlagen müssen, auch wenn ihre Einbettzimmer schlechter ausgestattet sind als die der Gruppe 9 zu 35 DM. Das ist nur eine von vielen Ungereimtheiten im Gefolge des vollpauschalieren Pflegesatzes.

Darüber hinaus ist für Lehming die Gefahr der Übertreibung privatärztlicher Behandlung aber auch so lange nicht gebannt, wie sich alle Ärzte des Krankenhauses am Privatpatienten auf dem Wege über einen allgemeinen Pool „bereichern“ wollen. Ebenso wenig wie das Krankenhaus die monatliche Pauschalvergütung der Krankenhausärzte aufbringt, kann es der Chefarzt. Immer sind es die Patienten die den Arzt honorieren, sei es künftig durch die Tagespauschale im Pflegesatz, sei es über die Einzelleistungsvergütung. Lehming sieht die Gefahr, daß die Chefarzte durch das Begehren Dritter (nicht zuletzt auch ihrer Kollegen) zu Liquidationen gezwungen werden, die sich zu einer Kostenbarriere auswachsen, die der Privatpatient nicht überspringen kann. 1968 legten nach Angaben Lehming's die Krankenhausärzte ihren Privatliquidationen für nichtoperative Behandlungen im Durchschnitt die 2,2fachen GOÄ-Sätze zugrunde.

Waren operative Leistungen dabei, erhöhte sich das durchschnittliche Vielfache auf 3,1. Im letzten Quartal von 1972 wurden im gesamten Durchschnitt die 3,2fachen GOÄ-Sätze berechnet. Bei 456 unselektierten Privatliquidationen für konservative Behandlungen fand sich im Durchschnitt der 2,5fache GOÄ-Satz bei 344 Rechnungen, mit operativen Leistungen im Durchschnitt der 4,2fache. Es wird an den liquidationsberechtigten Krankenhausärzten liegen, so meinte Lehming, ob und wie schnell sich ihre Privatpatienten überfordert fühlen und auf privatärztliche Behandlung verzichten. Im übrigen sei nach den Gründen zu fragen, die für ein im Durchschnitt höheres Vielfaches der GOÄ-Sätze für operative Leistungen sprechen.

Schließlich ist für den Privatpatienten von Bedeutung, daß er nicht nur mit einer Liquidation des ihn behandelnden Chefarztes zu rechnen hat, sondern auch mit derjenigen aller beteiligten Ärzte. Soll der Privatpatient durch diese „Ankoppelung“ vom Patienten nicht gewählter Ärzte nicht überfordert werden, wäre ein Vorschlag zu erwägen, den Lehming in Davos öffentlich zur Diskussion stellte:

► Alle Fachärzte des Krankenhauses dürfen für ihre Tätigkeit am Privatpatienten liquidieren, aber nicht dem Patienten, sondern dem Arzt gegenüber, der sie beigezogen hat. Der Arzt, der vom Patienten gewählt worden ist, hat die Liquidationen der Kollegen, die er beigezogen hat, zu einer Liquidation zu sammeln. Der Patient honoriert auf diese Weise das Ärzteteam, das ihn behandelt hat, ohne daß es einer Pool-Bildung bedarf. Dabei wäre nicht ausgeschlossen, daß die notwendige innerärztliche Abstimmung über die Honorarhöhe — auch die ärztlichen Leistungen müssen aufeinander abgestimmt werden — Einfluß auf die Entwicklung der Krankenhausärztekosten gewinnt.

401 Hilden
Am Jägersteig 21

Bevölkerungsrückgang bis 1985

Bis zum Jahr 1985 ist laut Vorausschätzung des Statistischen Bundesamts ohne Berücksichtigung etwaiger Wanderungsgewinne ein Bevölkerungsrückgang in der Bundesrepublik um etwa 1,1 Millionen, vom Jahresbeginn 1972 an gerechnet, zu erwarten. Da die Zahl der Lebendgeborenen in allen Vorausschätzungsjahren unter der Zahl der Sterbefälle liegen dürfte, resultiert hieraus jeweils ein Überschuß der Sterbefälle. Geht man von einem weiteren Rückgang der Geburtenhäufigkeit im gleichen Umfange für 1971 und 1972 aus, so würde sich die Bevölkerungszahl bis 1985 sogar um 1,8 Millionen verringern.

Die Struktur der Bevölkerung wird sich nach der Vorausschätzung des Statistischen Bundesamtes im Jahr 1985 wesentlich von der des Jahres 1972 unterscheiden. Die Zahl der Personen unter 15 Jahren wird um 25 beziehungsweise 30 Prozent zurückgehen. Die Zahl der Personen zwischen 15 und 65 Jahren wird bei den Männern um 10 Prozent und bei den Frauen um 3 Prozent zunehmen. Die Zahl der männlichen Personen über 65 Jahren wird um 14 Prozent zurückgehen und die der weiblichen Personen in dieser Altersgruppe um 4 Prozent steigen. Im Jahr 1972 standen 1000 Personen im erwerbsfähigen Alter 517 Kinder und Jugendliche sowie 310 ältere Menschen gegenüber. Im Jahr 1985 wird nach der ersten Annahme voraussichtlich auf 1000 Personen im erwerbsfähigen Alter eine Zahl von 404 und nach der zweiten Annahme eine Zahl von 380 Kindern und Jugendlichen sowie von 282 älteren Menschen entfallen. Nach dem kürzlich erschienenen demographischen Jahrbuch der Vereinten Nationen hatte die Bundesrepublik im Jahre 1971 mit 12,8 Lebendgeborenen auf 1000 Einwohner die niedrigste Geburtenrate in der Welt. HC/JAMA